

PEARL AND GEMS

临床疼痛 病案讨论

主编◎安建雄 倪家骧 严相默

IN PAIN MEDICINE

PEARL AND GEMS

临床疼痛 病案讨论

2008.01.01 2010.12.31

IN PAIN MEDICINE

中国人口出版社
CHINA POPULAR PRESS

临床疼痛病案讨论

PEARL AND GEMS IN PAIN MEDICINE

主 编 安建雄 倪家骧 严相默

副主编 武百山 杨晓辉 范 婷

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

临床疼痛病案讨论/安建雄, 倪家骧, 严相默主编. —北京: 人民军医出版社, 2009.3

ISBN 978-7-5091-2554-0

I. 临… II. ①安…②倪…③严… III. 疼痛—病案—分析 IV. R441.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 024943 号

策划编辑: 郭伟疆 文字编辑: 杨丽华 责任审读: 周晓洲

出版人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社

经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927270; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300-8031

网址: www.pmmp.com.cn

印刷: 北京京海印刷厂 装订: 京兰装订有限公司

开本: 850mm×1168mm 1/32

印张: 6.625 字数: 132 千字

版、印次: 2009 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001~3000

定价: 20.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

内容提要

全书分 11 章，以病案形式介绍了多种常见疼痛（急性疼痛，头面部、颈肩部、胸部、内脏、腰背疼痛，神经病理性疼痛综合征、癌痛、血运障碍性疼痛）、特殊及罕见疼痛疾病的诊断要点和治疗方法。每例病案均附有分析和讨论，有成功的经验，也有失败的教训。本书病例典型、内容简明、层次清晰，适于临床疼痛科及相关科室医师学习、参考。

序

疼痛是人生最大的痛苦，这是医者、患者都能体验到的感觉。快要生孩子的产妇 A 说：“宝宝快要出生了，我很高兴，但就怕生孩子时痛。”患带状疱疹后神经痛的患者 B 说：“吃了那么多药，去了那么多医院也止不住我这痛，真是痛不欲生。”患癌症的患者 C 说：“我知道患的是绝症，但只有一个要求，就是在死之前不痛。”患者 A 的疼痛属急痛，患者 B 的属慢痛，C 的属恶痛。所有的疼痛大体上可归纳为这三大类，截至目前，疼痛科能诊治的疼痛已由 120 种增加到 150 种。

因此，疼痛是全人类共同关注的课题。美国国会通过了议案，从 2001 年起的后 10 年定为“疼痛的控制和研究 10 年”；世界卫生组织把疼痛列入生命体征五条之一；国际疼痛学会（IASP）公布 2004 年 10 月 11 日是第 1 个国际镇痛日，又将 10 月 17 日定为国际儿童镇痛日；我国卫生部 2007 年 7 月 18 日印发卫医发 2007227 号文件，在《医疗机构诊疗科目名录》中增加疼痛科诊疗科目；目前全国医院大都成

立了疼痛诊疗机构。疼痛诊疗技术已日益成为医患双方的迫切需要。

《临床疼痛病案讨论》一书汇集了全国各大医院从事临床疼痛诊疗第一线的专家和医师们收集的疼痛疑难病例，它从每一病案的摘要、病例（主诉、现病史、既往史、诊治经过）讨论、疗效评估入手，逐一评述了针对不同疼痛所采用的不同诊疗方法的经验和教训，为类似病例的处理提供参考，以利于共同提高临床疼痛诊疗的技术水平和学术水平。

本书拟每年或隔年更新一版，相信广大读者一定会喜欢，并从中获益。

严相默

2009 年春于北京

前 言

临床医学有很强的实践性和经验性，医师培养的重要基础是接触和积累病例。通过病例的温习和讨论，不仅可以巩固基本理论、强化理论联系实际、培养临床逻辑思维、提高临床技能，还能达到学习和传播新的临床技术和方法、激发临床科研和创造的目的。因此，现代医学已经把病例学习和讨论作为一种最重要的住院医师培养和继续医学教育手段。我国疼痛临床医学自 20 世纪 80 年代末起步，目前正处于高速发展期，然而我国疼痛医师培养既无规章可循，也没有设立疼痛医师培训基地，因此我国疼痛医师的培养训练的措施和途径亟待完善。基于此，编者们达成共识，以数位我国著名临床疼痛学家主持的疼痛中心为主导，同时向全国公开招聘作者，征集一些有价值的病例成案并定期出版。

单个医师，特别是基层单位的医师，通常无法在短期内经历足够的病例，即使经历一些病例，由于缺乏优秀上级医师指导和良好的学习环境，在诊断和治疗上也难免有缺陷和

不足。通过病例学习，可以使年轻医师在短时间内间接接触足够病例，由于这些病例多数来自我国最好的疼痛治疗机构和权威专家之手，使得读者对常见病的处理有了基本依据，避免出现原则性错误和“试错（try and error）”的发生。定期出版病案集还可及时反映临床疼痛治疗工作中新的经验和新方法，及时传播新技术和新理念；吸取高水平医师的经验和教训，用集体智慧最终达到提高疗效、减少并发症、降低死亡率的目的。

希望临床疼痛医师在吸取本书经验教训并为广大疼痛患者解除病痛的同时，积极为今后病案集写作和出版提出宝贵意见，帮助我们更好地为广大读者和病人服务。

安建雄

2009 年 1 月于北京

目 录

第 1 章 急性疼痛（烧伤疼痛）的治疗	1
第 2 章 头面部疼痛的治疗	4
第一节 慢性复发性头痛的治疗	4
第二节 颜面部慢性疼痛的治疗	9
第 3 章 颈肩部疼痛的治疗	43
第 4 章 胸部疼痛的治疗	46
第 5 章 内脏疼痛的治疗	50
第 6 章 腰背痛的治疗	53
第一节 肌肉筋膜综合征	53
第二节 腰背手术失败后疼痛综合征	55
第三节 椎间盘突出症	61
第 7 章 神经病理性疼痛综合征的治疗	73
第一节 带状疱疹及疱疹后神经痛	73
第二节 中枢性疼痛、丘脑痛、幻痛	88
第三节 复杂性区域疼痛综合征（CRPS）	96
第 8 章 癌症疼痛的治疗	99
第 9 章 血运障碍性疼痛的治疗	116
第 10 章 非疼痛性疾病的治疗	128
第 11 章 特殊或罕见疼痛疾病的治疗	142
附录 A	160

第1章 急性疼痛

（烧伤疼痛）的治疗

病例 电击后神经痛

【病例介绍】

患者男性，41岁。主诉：雷电击中后左胸部疼痛7d。

现病史：7d前患者于雨天在户外作业时，被雷电击中，导致上衣口袋内的手机爆炸。患者当即昏迷不醒，被送往当地医院紧急救治。20min后患者苏醒，但站立行走困难，自觉头痛、头晕、四肢酸痛无力，以左胸部疼痛最为显著。经过治疗（具体用药不详），其他症状有所好转，但仍感左胸部疼痛，呈阵发性酸胀痛，发作时间长短不定，程度较重，严重影响睡眠，口服镇痛药效果欠佳。为进一步诊治，门诊以“胸部电击伤”收住院。自发病以来，患者精神逐步改善，饮食尚可，二便无异常，睡眠差。目前VAS 8~9分。

既往史：既往体健，否认药物及食物过敏史。

查体：一般状况好，神清语利，查体合作。颈软，无抵抗，脊柱四肢未见畸形，颈、胸、腰椎生理弯曲正常存在，椎旁无压痛及叩击痛。胸廓对称无畸形，左侧乳头区可见长

约 10cm、5cm 的两处损伤，已结痂，左胸部有压痛及叩击痛。左足第 1、2 足趾间有一 1.5cm 长伤痕。

【鉴别诊断】

1. 胸膜炎 可以出现胸背部疼痛，多与呼吸有关，常有肺部感染病史，胸片可以明确诊断。

2. 心肌梗死 胸部疼痛呈压榨性，一般持续时间较长，可达数小时。患者常有濒死感，伴大汗及休克，为急性病程。

3. 癌痛综合征 如果累及胸神经，疼痛剧烈而持久，但是患者常有肿瘤原发灶，身体消瘦等。

【诊断】

左胸电击伤

【治疗】

由于患者电击伤后下肢无力，疼痛剧烈，考虑有脊髓损伤的可能，进而形成中枢性疼痛。我们在患者疼痛最为剧烈的节段进行了试验性胸椎旁神经阻滞，患者疼痛迅速缓解，提示我们患者属于外周神经损伤。完善术前检查后，择期进行微创神经镇痛术，CT 引导下于硬膜外患侧间隙放置导管持续 PCA 泵内给药：0.4%~0.8% 盐酸利多卡因+甲泼尼龙 16mg+生理盐水共 250ml，以 5ml/h 流速持续消炎、镇痛，以防止后遗性神经痛的形成。术后患者疼痛明显缓解。准备出院时，患者突然感到右侧胸痛，疼痛剧烈。查体无异常发现，2d 后右侧胸出现带状疱疹，再次行胸椎旁神经阻滞治疗。好转出院。

【讨论】

本病例提示我们雷电击伤后患者抵抗力下降，出现不明

原因的疼痛时，要想到有发生带状疱疹的可能。

（张文祥）

【专家回顾性评论（comment）】

本病例为雷电电击伤性左胸疼痛，先后采用胸椎旁神经阻滞、连续硬膜外阻滞，后期又因右胸带状疱疹，再行神经阻滞而好转出院。经及时而有效的治疗获得良好结果。电击伤一般属于特殊的烧伤，类似于压榨伤（crush injury），电流从接触部通过单一抵抗体—体内全部组织后到达地面，此时，先损伤入侵门户皮肤，然后继续选择性地损害电阻小的血管和神经。本病例出现的胸痛、下肢无力，完全是由电流传导方向性损伤所致，随后出现的精神性创伤、噩梦等，可配合荷包牡丹碱（carbamazepine）、氯丙帕明（clomipramine）等药物治疗，能使这类病例治疗更完善。

（严相默）

第2章 头面部疼痛的治疗

第一节 慢性复发性头痛的治疗

病例1 颈源性头痛

【病例介绍】

患者女性，54岁。主诉：头痛伴右颈部不适半年。

现病史：患者于半年前无明显诱因出现右侧头颈部疼痛，伴右颈部酸胀不适。疼痛呈压紧感、束带样、持续性钝痛，且半年内头痛反复发作，休息后可缓解，故未做检查及治疗。近来无明显诱因，上述症状加重，卧床休息不能缓解，并有右肩部酸胀不适，于宣武医院疼痛门诊就诊，并做颈椎磁共振检查，结果示： $C_2 \sim C_3$ 椎间盘退变， $C_4 \sim C_6$ 椎间盘突出，在门诊行颈椎旁注射治疗，症状有所缓解，头痛减轻，为进一步治疗，以“颈源性头痛”收治入院。目前VAS 5~6分。

既往史：鼻咽癌行放疗治疗，放疗后一直存在内耳积液。

查体：一般情况好，神清语利，查体合作，心、肺、腹无异常。上颌窦区压痛。 $C_4 \sim C_6$ 椎旁轻压痛，无叩击痛，臂丛牵拉试验(-)，压颈试验(-)，右颈部皮肤无潮红或苍白，皮肤温度无改变，无触温觉改变。

辅助检查：颈椎 MRI 检查示 $C_2 \sim C_3$ 椎间盘退变， $C_4 \sim C_6$ 椎间盘轻度突出。

【诊断】

颈源性头痛

【治疗】

患者于 2007 年 10 月 18 日在 C 型臂引导下行颈部硬膜外微创神经介入镇痛术，接 PCA 泵，泵内药液 0.4%~0.8% 利多卡因+甲泼尼龙 16mg+生理盐水共 250ml，流速 5ml/h，于颈椎硬膜外患侧间隙连续神经根消炎、镇痛，带泵 20 余天，效果佳，术后疼痛症状缓解 90%，VAS 由 5~6 分降至 1~2 分。住院治疗期间，复查 C 反应蛋白，皆为阳性，但是无发热，查体均无椎管内感染的阳性体征之后停泵观察。此期间患者出现上呼吸道感染症状，伴有眩晕。排除椎管内感染之后，给予颈椎旁注射治疗，并从硬膜外导管内注入臭氧 10ml，同时行扩血管治疗，症状逐步改善。痊愈出院。

【讨论】

1. 患者住院期间 C 反应蛋白多次阳性，如何排除椎管内感染？
2. 患者停泵后出现眩晕症状，系神经源性还是血管源性？

【分析】

1. 椎管内微创神经介入持续消炎、镇痛系临床上治疗颈源性头痛的常用方法之一。对于间盘源性头痛，如果间盘突出不明显，但症状较重的患者，效果一般较好；而对间盘突出明显者，除了椎管内置管连续镇痛外，后期行椎间盘溶解

术是取得远期疗效的必经之路。

2. 该患者住院期间 C 反应蛋白多次阳性, 一般而言要高度怀疑椎管内感染的可能。但是该患者多次查体均未发现颈强直及其他脑膜刺激征等阳性体征, 也无体温升高, 而且既往鼻咽癌放疗后内耳积液和鼻窦炎本身可能引起 CRP 阳性, 故基本可以排除椎管内感染。所以化验结果只有结合临床才有意义。

3. 至于停泵后出现眩晕症状, 系神经源性还是血管源性? 这个很难确定。但从患者的颈椎 MRI 来看, 横突未见骨质增生、横突孔无明显缩小, 无椎动脉受压的影像学特征, 故血管源性的可能性相对较小, 而神经源性可能性较大。患者眩晕症状的改善, 可能系神经阻滞和扩血管治疗共同作用的结果。

(武百山)

病例 2 颈源性头痛

【病例介绍】

患者女, 50 岁。主诉: 左侧头痛 10 余年, 加重 2 年。

现病史: 10 余年前无明显诱因出现左侧头痛, 以颞侧、后枕部及头顶为重; 疼痛呈持续性的闷痛, 有压迫感、沉重感, 伴呕吐、左眼视物模糊; 3~4 次/月, 每次持续 2~3h 不等; 口服消炎、止痛药可缓解。近 2 年上述症状加重, 疼痛频率及持续时间增加, 口服消炎、止痛药后疼痛不能缓解。

既往史: 高血压病史 3 年, 规律服药, 血压控制可; 否认冠心病、糖尿病史。

家族史: 否认家族中有类似患者。

查体：神清语利，发育正常，营养中等，左侧颞部压痛，枕部压痛，C₂左侧椎旁压痛，向顶部放射。

辅助检查：头颅CT未见脑梗死、脑出血及占位；颈椎X线片示颈椎退行性改变。颈椎MRI示C₂~C₄椎间盘膨出，椎间盘变性。

【诊断】

颈源性头痛

【治疗】

1. 颈椎MRI。

2. 行左侧C₂椎旁阻滞：经侧入路，C₂横突注射0.26%利多卡因5~8ml+曲安奈德5~10mg，5~7d注射1次，共治疗4次后患者症状缓解。

【讨论】

1. 高位颈神经包括C₁~C₄颈神经，与头痛关系密切。C₂神经从椎间隙中发出，其后支分出内侧支、外侧支、上交通支、下交通支和头下斜肌支。内侧支与来自C₃神经的纤维共同组成枕大神经、枕小神经和耳大神经，这些神经是导致颈源性头痛的主要神经。外侧支分布到头最长肌、头夹肌和头半棘肌。压迫和刺激这些神经时在头皮可出现感觉减退、感觉过敏或感觉缺失。

来自嗅神经、面神经、舌咽神经、迷走神经和三叉神经传入支的终末纤维与C₁~₃神经后根传入纤维在颈髓_{1~2}后角内相联系。这些颈神经的感觉范围可向前延伸到前额部、眶下部，受卡压或炎症刺激时可出现牵涉性头部疼痛、耳鸣、眼胀以及嗅觉和味觉改变，类似鼻旁窦、耳部或眼部疾病的表现。